

.....  
(Ort)

.....  
(Datum)

## ANTRAG AUF BEITRAGSÜBERLEITUNG

Versicherungs-Nr.:  
(bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung)

### 1. Allgemeine Personalien:

- a) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_
- b) Geschlecht: männlich/weiblich/divers\*)
- c) Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_
- d) Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_
- e) Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f) Familienstand: \_\_\_\_\_  
Ist ein Scheidungs-/Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ja/nein\*)

### 2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung tätig

seit \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_  
Tätigkeitsadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Ich war Mitglied der \_\_\_\_\_  
(bisherige Versorgungseinrichtung)  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
und stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten  
Versorgungsabgaben/Beiträge auf die \_\_\_\_\_ zu übertragen.  
(neu zuständige Versorgungseinrichtung)

#### Hinweis:

**Eine Überleitung ist nur möglich, sofern bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nicht für mehr als 96 Monate Beiträge eingebucht wurden und Sie zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme im neu zuständigen Kammerbereich das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.**

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und im Zeitpunkt des Wechsels des Arbeitsplatzes nicht berufsunfähig war.

.....  
(Unterschrift)

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen!